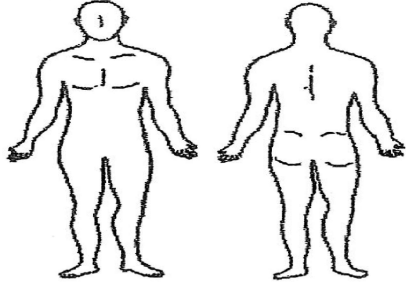


郵便番号〒		電話（携帯）
住所		電話（自宅）
ふりがな		生年月日
氏 名		S・H・R 年 月 日（ ）才
ご職業・学年		立ち仕事・座り仕事・PC作業・運転
趣味・スポーツ		具体的に（ ）
当院を知ったのは？	ホームページ・ご紹介（ご紹介者名： ）	
治療を受けたい場所に ○を付けて下さい。 （特に辛いところは◎）	 頭・目・首・肩 腕・肘・手・指 背中・腰・お尻 股・脚・膝・顎 その他（ ）	
症状としては？ （レを入れてください）	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> コリ <input type="checkbox"/> 重さ（頭・腰） <input type="checkbox"/> 自律神経の乱れ <input type="checkbox"/> 歪み <input type="checkbox"/> 眼精疲労 <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 逆子 その他（ ）	
その症状が「最も強くなる」のは？		
いつからですか？	（ / ）に・（ ）週前・（ ）ヶ月前・数年前から	
他院を受診しましたか？	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 心療内科・精神科 <input type="checkbox"/> その他	
どんな診断説明ですか？	診断説明（ ）	

健康保険使用には2週間以内の「何日に何をして痛めた」原因の記載が必要です。

原因は？	<input type="checkbox"/> 物を持って <input type="checkbox"/> 作業中 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> ストレス その他（ ）
------	---

今回の症状は初めて？	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> （ ）回目 <input type="checkbox"/> 慢性
プログラムを組んで 通院できますか？	<input type="checkbox"/> はい （毎回 1000 円 割引券が適用されます） <input type="checkbox"/> いいえ
加えて欲しい治療は？	<input type="checkbox"/> メノ・セラピー（自律神経調整治療） <input type="checkbox"/> ヘッド&アイ整体 <input type="checkbox"/> 全身指圧 <input type="checkbox"/> 骨盤矯正 <input type="checkbox"/> 頸椎矯正 <input type="checkbox"/> 美容鍼&美顔整体
何か希望がある方は どうぞお書き下さい	

当院から割引券等を送る場合があります。送られて困る方はレを入れてください ☐

||